



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **288/2023**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 17 de octubre de 2023, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 23 de febrero de 2023 (COMINTER núm. 47282), y CDs recibidos en la sede de este Consejo Jurídico el 27 de febrero de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023\_058), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 6 de noviembre de 2020, D.<sup>a</sup> X, a través de su representante, formula reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Administración regional, por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS). La reclamación se fundamenta en los siguientes hechos:

-El día 13 de junio de 2020, D.<sup>a</sup> X acude al Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena (HUSL), con un cuadro de cefalea, cervicalgia, vómitos y malestar. En la exploración física no se documentó focalidad neurológica. Se realizaron análisis sanguíneo, electrocardiograma y radiografías de tórax y de columna cervical; se diagnosticó cervicalgia mecánica; y se dio el alta con recomendación de acudir a su médico de atención primaria para control y, si empeoraba, regresar al hospital.

-El día 15 de junio de 2020, D.<sup>a</sup> X acude al Centro de Salud de La Aljorra con cefalea, somnolencia y cansancio, siendo medicada con diclofenaco y metamizol; sobre las 11:30 horas contacta con su familia para informarles de ello.

-Ese mismo día 15 de junio de 2020, **sobre las 14:00 horas**, D.<sup>a</sup> X es encontrada tirada en el suelo, en el patio de su domicilio, con un bajo nivel de conciencia, acudiendo los servicios de emergencias sobre las 14:22 horas. A la exploración se objetiva Glasgow 3 e hipertermia de 41,7°C, junto con taquicardia de 100 lpm y bradipnea de 8 rpm, restos de vómito en la comisura bucal y pupilas anisocóricas, siendo la izquierda levemente más midriática. Se procede a intubación ortotraqueal y traslado al HUSL.

-En el HUSL se le administran 2.500 ml de sueros fríos y se le hace un TAC craneal que informa de un posible sangrado subaracnoideo con componente intraventricular. Se decide su ingreso en UCI.

-A las 24 horas del ingreso en UCI se repite el TAC craneal, apreciándose un ligero aumento del hemoventrículo en asta occipital derecha y una ligera disminución del foco hemorrágico agudo en la cisterna ambiens izquierda y cisterna magna en relación con HSA (hemorragia subaracnoidea). No se observan nuevas lesiones hemorrágicas ni desplazamiento de la línea media.

-El día 17 de junio de 2020 se contacta con el Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) que indica la realización de un AngioTAC cerebral. Dicha prueba informa de “ligera elongación y tortuosidad de una rama de ACP izquierda a nivel del bulbo, adyacente al foco hemorrágico en cisterna magna, sin identificar dilataciones aneurismáticas ni malformaciones vasculares. Aneurisma sacular del top de la basilar sin signos hemorrágicos periféricos (poco probable que corresponda al origen de sangrado). Leve ectasia de segmento M1 de ACM derecha y de la arteria oftálmica”. Tras valoración por parte de Neurocirugía se decide traslado al HCUVA.

-A su llegada a UCI del HCUVA D<sup>a</sup>. X se encuentra estable hemodinámicamente con TA de 150/60, IOT con saturación del 100% y buena dinámica respiratoria; Función renal conservada; Abdomen blando, depresible sin palpación de masas; Neurológicamente Glasgow de 5, moviliza al dolor; Pupilas isocóricas, medias, reactivas, sin presencia de edemas ni signos de TVP, pero quemada en toda la parte anterior del cuerpo. A su llegada se inicia tratamiento con Nimodipino.

-Se establecen como diagnósticos principales: hemorragia subaracnoidea; probable sangrado de MAV (malformación arteriovenosa) con aumento de hidrocefalia secundaria en paciente con dismorfia ventricular de base; e ictus isquémicos múltiples secundarios.

-El día 29 de junio de 2020 D<sup>a</sup>. X sale de UCI encontrándose afebril y con constantes mantenidas. Se encuentra despierta y conectada, obedeciendo ordenes sencillas con los cuatro miembros. Lleva nutrición enteral por sonda nasogástrica.

-Desde el día 29 de junio hasta el día 3 de julio de 2020 D<sup>a</sup>. X permanece ingresada en el Servicio de Neurocirugía del HCUVA. Tras constatar escaso débito del DVE (drenaje ventricular externo) en días previos, se procede a su retirada sin presentar deterioro neurológico respecto a situación previa. La paciente se encuentra consciente, orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, responde de forma coherente preguntas sencillas y obedece órdenes simples. Es valorada por el Servicio de Rehabilitación.

La reclamante considera que “Hubo un manifiesto error de diagnóstico, que si a la Señora X, se le hubieran realizado las pruebas pertinentes, hubiera podido tener un diagnóstico precoz, un tratamiento previo que hubiera evitado el ataque que sufrió, y las consecuencias que le afectan en el día de hoy. Ante la sospecha de ictus, el médico debe hacer una valoración muy precisa de los síntomas y descartar algunas enfermedades que pueden parecer un ictus sin serlo, como por ejemplo una disminución del nivel de azúcar en sangre (hipoglucemia). Las pruebas urgentes sirven para diagnosticar el ictus y distinguir entre infarto y hemorragia. El objetivo es dirigir el tratamiento inicial para limitar las secuelas. Las herramientas principales para el diagnóstico urgente del ictus son las técnicas de neuroimagen, como la tomografía computarizada (o TC craneal), o la resonancia magnética (o RM craneal)”.

Según la reclamante, el referido error de diagnóstico ha tenido las siguientes consecuencias: “Alteración de la memoria; Pérdida de visión; Pérdida de movilidad; Problemas cognitivos; Incontinencia de esfínteres con necesidad de llevar pañales; Dependencia para aseo, ducha; Desorientación temporo-espacial; Deterioro cognitivo”.

A efectos probatorios, la reclamante aporta diversos documentos clínicos de las asistencias recibidas (que ya figuran en su historia clínica), solicita que se incorpore al expediente su historia clínica, y pide que se identifique a los profesionales que la asistieron en el HUSL y en el Centro de Salud de La Aljorra, solicitando que sean citados como testigos. Asimismo, señala que se aportará informe pericial de valoración de las lesiones y daños sufridos por la paciente.

**SEGUNDO.-** Con fecha 11 de noviembre de 2022, el SMS solicita al representante de la reclamante que acredite la representación por la que actúa. Y con fecha 23 de noviembre de 2022, dicho representante aporta poder notarial de representación.

**TERCERO.-** Con fecha 25 de noviembre de 2020, el Director Gerente del SMS dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación y se indica el órgano encargado de la instrucción del expediente. Dicha resolución se notifica a la reclamante con fecha 30 de noviembre de 2020, con indicación del plazo máximo de resolución y del sentido del silencio administrativo.

**CUARTO.-** Con fecha 26 de noviembre de 2020 la Instrucción del expediente solicita a la Gerencia de Área I (HCUVA) y a la Gerencia de Área II (HUSL) la historia clínica de la reclamante y los informes de los facultativos intervinientes. Y con la misma fecha la instrucción del expediente remite la reclamación a la correduría de seguros del SMS.

**QUINTO.-** Con fecha 30 de diciembre de 2020, la Gerencia de Área I (HCUVA) remite copia de la historia clínica de D<sup>a</sup>. X e informe del Jefe de Sección responsable del Servicio de Neurocirugía del HCUVA (Dr. Y), de 19 de diciembre de 2020, que hace un resumen de la historia clínica de la paciente e informa respecto al diagnóstico en los siguientes términos:

"Es muy difícil realizar una hipótesis diagnóstica de las causas concretas del cuadro clínico de la paciente. Por una parte, habida cuenta del cuadro de cefaleas y náuseas varios días antes de la situación de coma del día 1510612020, se podría teorizar que ya había tenido una hemorragia cerebral y que esa hemorragia causó el desmayo en el patio el día 1510612020, la exposición al sol y los infartos cerebrales posteriores. Contra esa teoría tenemos la experiencia de que un cuadro de cefalea con náuseas es un síntoma muy inespecífico que en la inmensa mayoría de los pacientes no se debe a hemorragias cerebrales, mucho menos cuando el nivel de consciencia en ningún momento se alteró durante las visitas al Servicio de Urgencias y a su Centro de Salud que se describen en su historia.

Se podría teorizar también que la paciente por el motivo que fuese tuvo un traumatismo en el patio de su casa previo deterioro de consciencia o no y cayera al suelo y el sometimiento a temperaturas extremas causase la hipertermia y el sangrado cerebral, así como las isquemias cerebrales en múltiples territorios.

Otra hipótesis es que la anomalía vascular del techo mesencefálico sangrase y diese un cuadro sincopal con alteración del nivel de consciencia, caída al suelo y exposición al sol. Contra dicha hipótesis existe la prueba de que la cantidad de sangre que había en el cerebro no estaba en el territorio de la malformación vascular descrita, con lo cual tras estudiar juntamente con el Servicio de Neuroradiología las imágenes de RM, TAC y angiografía, nuestra decisión es que se trata de un hallazgo casual, sin relación con el cuadro hemorrágico ni isquémico, aunque por supuesto hay que controlar dicha lesión en el futuro.

Por todo ello en el momento actual no podemos aportar prueba contundente respecto a toda la patocronía del caso que nos ocupa, pero sí que podemos afirmar que la cadena de acontecimientos y de actuaciones por parte del Servicio de Neurocirugía ha sido la adecuada a los datos clínicos y radiológicos que en cada momento se han presentado".

**SEXTO.-** Con fecha 16 de febrero de 2021, la Gerencia de Área II (HUSL) remite copia de la historia clínica de la paciente, tanto en atención primaria como especializada. Y con fecha 23 de abril de 2021, dicha Gerencia remite informe del Jefe de Servicio de Urgencias del HUSL (Dr. Z), de 12 de abril de 2021, que hace un resumen de las asistencias prestadas a la paciente.

**SÉPTIMO.-** Con fecha 14 de mayo de 2021, la Instrucción del expediente comunica a la reclamante los medios de prueba aceptados (la historia clínica y los referidos informes), señalando que no es necesaria la prueba testifical propuesta. Asimismo, se indica a la reclamante que dispone de un plazo de 10 días para presentar el informe de valoración del daño anunciado en su reclamación.

Con fecha 20 de mayo de 2021 la reclamante solicita copia del expediente, y el siguiente día 25 de mayo la Instrucción pone a su disposición toda la documentación incorporada al mismo hasta la fecha.

**OCTAVO.-** Con fecha 1 de junio de 2021, la Instrucción del expediente solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita informe valorativo sobre la reclamación formulada, adjuntando copia del correspondiente expediente. Asimismo, con la misma fecha, la Instrucción remite una copia del expediente a la Correduría de Seguros del SMS.

**NOVENO.-** Con fecha 15 de junio de 2021, la reclamante presenta escrito en el que manifiesta que no va a aportar el informe pericial de valoración anunciado, dado que, según afirma, el coste de dicho informe supera con creces su capacidad económica.

Junto con dicho escrito, la reclamante aporta certificado de discapacidad del Instituto Murciano de Acción Social

(IMAS), que indica que la paciente tiene un grado de discapacidad del 75% (con plazo de validez hasta el 15 de marzo de 2024) que necesita el concurso de una tercera persona y barema en 2 puntos la dificultad para utilizar transportes colectivos.

**DÉCIMO.-** Con fecha 8 de julio de 2021 la Instrucción del procedimiento remite la nueva documentación incorporada al expediente tanto a la Correduría de Seguros del SMS como a la Inspección Médica.

**UNDÉCIMO.-** Con fecha 14 de julio de 2021 la Compañía de Seguros del SMS remite informe pericial, de fecha 28 de junio de 2021, suscrito por el Dr. P, especialista en Neurología, que concluye lo siguiente:

“1.-La paciente sufrió una hemorragia subaracnoidea, hidrocefalia e infartos cerebrales multiterritoriales.

2.-La paciente había acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Santa Lucía 48 horas antes de la aparición de focalidad neurológica (coma) por cefalea. Durante la primera visita a urgencias, con los datos clínicos de los que disponía el facultativo que la atendió, no pudo establecerse una sospecha razonable de una cefalea con base orgánica y por tanto, no era obligatorio solicitar una TC craneal, por lo que la actuación médica puede considerarse correcta.

3.-El diagnóstico de HSA con extensión intraventricular se alcanzó el día 15 de junio de 2020 mediante TC craneal tras ser encontrada en coma, lo que dificulta establecer con exactitud la patocronía del proceso.

4.-La paciente ingresó en UCI del Hospital Universitario Santa Lucía donde se realizó una vigilancia clínica estrecha y una monitorización hemodinámica. Cuando se documentó un posible empeoramiento de la hidrocefalia con hipertensión intracraneal secundaria, fue trasladada al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para valoración por el Servicio de Neurocirugía.

5.-Se realizó angiografía cerebral el día 18 de junio de 2020 que objetiva una MAV parcialmente trombosada, sin riesgo de resangrado, y sin otras lesiones posibles como causantes de la HSA. Ese mismo día se coloca por parte de Neurocirugía un drenaje ventricular externo para alivio de la presión intracraneal.

6.-En la TC craneal del día 18 de junio de 2020 se visualizan por primera vez hipodensidades sugestivas de infartos cerebrales multiterritoriales, que podría haber estado en relación con el vasoespasmo, como complicación típica de la HSA y para la que se había iniciado tratamiento con nimodipino.

7.-El tiempo transcurrido hasta alcanzar el diagnóstico desde el supuesto inicio de la clínica no influyó en la evolución de la paciente, en la que las lesiones producidas son fruto de unas complicaciones típicas de la HSA (y no solamente del posible resangrado que motivó la aparición de la clínica neurológica), y que en cualquier caso no se encontraban presentes en el momento del diagnóstico y para las que se mantuvo vigilancia estrecha y bajo el mejor tratamiento tanto médico como quirúrgico.

8.-A pesar de los avances técnicos en los medios diagnósticos y en el abordaje terapéutico de la hemorragia subaracnoidea, esta patología vascular cerebral sigue teniendo una alta morbilidad que no se ha conseguido reducir significativamente en las últimas décadas”.

Con fecha 20 de julio de 2021, la Instrucción del expediente remite este informe a la Inspección Médica.

**DUODÉCIMO.-** Con fecha 16 de noviembre de 2021, la Instrucción del expediente comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia, por plazo de diez días, en el que “podrá formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estime pertinentes”. Asimismo, se indica a la reclamante que en el mismo plazo “deberá aportar valoración económica del daño reclamado”. Con fecha 25 de noviembre de 2021, a solicitud de la reclamante, se amplía en cinco días el plazo conferido para el trámite de audiencia.

Con fecha 7 de diciembre de 2021, la reclamante formula escrito de alegaciones señalando que “dentro del plazo conferido venimos a hacer manifestaciones sobre la tramitación del expediente, entendiendo que no han resultado desvirtuadas nuestras alegaciones iniciales, dado que la falta de diligencia en el pronóstico inicial de mi mandante, produjo la cercenación de la posibilidad de evitar las consecuencias posteriores”; añadiendo que “no presentamos valoración económica, dado la incapacidad económica de mi mandante para sufragar dicha peritación, solicitando que se haga de oficio”.



**DECIMOTERCERO.-** Con fecha 25 de enero de 2022, se emite el informe de la Inspección Médica, que finaliza con las siguientes conclusiones:

“1.-La paciente fue atendida el día 13-06-20 a las 09:32 horas al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía por cefalea, rigidez de cuello y vómitos, síntomas presentes desde primeras horas de la mañana de dicho día, no presentando fiebre ni otros síntomas pero si cervicalgia.

2.-Entre los antecedentes personales de la paciente con relevancia médica se encuentran: Trastorno conversivo, Episodios Paroxícticos no epilépticos, Trastorno somatomorfo, Ausencia de septum pelucidum, con aumento de talla de los ventrículos laterales cerebrales y adelgazamiento del cuerpo calloso sin cambios en pruebas de imagen desde hace años en relación con malformación congénita.

3.-La asistencia recibida en Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía implemento la anamnesis, antecedentes, exploración física (sin datos relevantes o de sospecha Tª, TA diastólica y sistólica, Frec. Cardíaca normal, ausencia fiebre, Buen estado general, abdomen etc.), no presentando a la exploración signos de focalidad neurológica. Se realizaron analíticas, Rx de Tórax y columna y Electrocardiograma. El juicio clínico finalmente establecido fue de Cervicalgia Mecánica recomendándose acudir de nuevo si se producía un empeoramiento o persistencia sintomática y poner también en conocimiento de su médico de atención primaria.

4.-No se realizó TAC craneal sin o con contraste. Las indicaciones consensuadas a nivel de las sociedades científicas y el conocimiento actual científico sitúan este estudio diagnóstico de imagen como de elección ante la sospecha de una hemorragia subaracnoidea (HSA) ante la presencia de pacientes con síntomas y/o signos de alarma con el fin de descartar: una hemorragia intracraneal, una hemorragia subaracnoidea (HSA), un proceso expansivo intracraneal o una hidrocefalia. La paciente no presentaba entre los síntomas/signos de alarma un cuadro neurológico focal o cefalea asociada a estos, o a fiebre. En la exploración realizada en Servicio de Urgencias si se recoge la presencia de la rigidez de cuello (no se explicita rigidez de nuca que si constituye un signo de alarma) y vómitos (sospecha/alarma).

5.- La dificultad en el diagnóstico diferencial de una cefalea (primaria o secundaria), síntoma que ya padecía de forma crónica la paciente, y la difícil valoración de los cambios en la misma, la rigidez de cuello y vómitos, asociados a los antecedentes personales de dismorfia ventricular y ausencia de septum pelucidum podrían haber orientado hacia la aplicación del principio de prudencia y cautela cuya concreción hubiese sido la prescripción de un TC craneal, cuyo resultado hubiese sido importante aunque no se pueda aventurar en buena lógica, si se hubiera podido evitar o modificar la secuencia subsiguiente de los hechos acaecidos ante las varias posibilidades etiogénicas existentes.

6.-En la patocronia de los acontecimientos entre el día 13-06-20 y el 15-06-20 se suceden 50 horas aproximadamente entre las cuales la paciente pasa de un estado de consciencia, orientación y sin signos de focalidad neurológica, y buen estado general aunque con los síntomas presentes de cefalea, rigidez de cuello y vómitos a ser encontrada yacente en suelo, con Glasgow 3, hipertermia (41°), midriasis ojo izquierdo, Taquicardia y bradipnea. Entre las posibles hipótesis etiogénicas a contemplar destacan: 1. Hemorragia Cerebral Previa, 2. Traumatismo y Golpe de Calor derivado, 3. Sangrado de la Malformación Arteriovenosas (MAV).

7.-La paciente fue tratada inicialmente en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Unidad de Cuidados Intensivos) y posteriormente trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca para ser finalmente enviada tras superar la fase crítica y realización de pruebas de nuevo a UCI y planta de hospitalización del H. Santa Lucía.

8.-Los diagnósticos finalmente establecidos fueron: Hemorragia subaracnoidea (HSA), probable sangrado de MAV (malformación arteriovenosa) con aumento de Hidrocefalia secundaria en paciente con Dismorfia ventricular de base, Ictus Isquémicos Múltiples secundarios y como diagnóstico secundario, Infección de Tracto Urinario por E. Coli.

9.-La paciente tras iniciar rehabilitación ya desde la planta de hospitalización, cursó alta el día 24-07-20. Recibiendo con posterioridad tratamiento rehabilitador de carácter ambulatorio y seguimiento en consultas externas del Servicio de Neurología.

10.-La práctica asistencial recibida en los centros sanitarios donde se internó a la paciente tanto en diagnóstico,

como tratamiento y seguimiento es acorde con los conocimientos actuales científicos y el consenso establecido conforme a la lex artis vigente”.

**DECIMOCUARTO.-** Con fecha 14 de febrero de 2022, la Instrucción del expediente comunica a la reclamante la apertura de un nuevo trámite de audiencia. En dicho trámite la reclamante solicita determinada documentación, que le es remitida con fecha 16 de febrero de 2022. No consta que la reclamante haya formulado alegación alguna en este trámite de audiencia.

**DECIMOQUINTO.-** Con fecha 9 de febrero de 2023, la Instrucción del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “desestimar la reclamación patrimonial presentada, ..., al no haber acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud, y considerar que no existe relación causal entre los daños causados y la asistencia prestada por el Servicio Murciano de Salud”.

**DECIMOSEXTO.-** Con fecha 23 de febrero de 2023, se recaba el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo, un índice de documentos y un resumen de las actuaciones del procedimiento.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el artículo 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

### **SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.**

I.-En cuanto a la legitimación para reclamar por daños físicos o psíquicos a las personas, esta corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona. Por lo tanto, en el supuesto sometido a consulta la legitimación activa corresponde a la propia paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesada conforme a lo establecido en el artículo 4.1 LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración titular del servicio público a cuyo funcionamiento se imputa el daño; en este supuesto la Administración regional, a la que corresponde la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población.

II.-La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 de la LPAC. Las asistencias sanitarias prestadas en junio de 2020 son la causa del daño alegado, según la reclamante, y la reclamación se interpone con fecha 6 de noviembre de 2020; por lo tanto, independientemente de cuando se estabilizaran las lesiones alegadas, es evidente que cuando se interpone la reclamación no ha transcurrido el plazo de un año legalmente establecido.

III.-El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los trámites preceptivos.

Debe señalarse que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo ya se había rebasado en exceso el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que la resolución se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y

**TERCERA.- La responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario; Consideraciones generales.**

I.-La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 de la CE: “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce “el derecho a la protección de la salud”, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

-Que el daño o perjuicio sea real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

-Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

-Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

-Que no concurra causa de fuerza mayor.

-Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II.-Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los medios razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, recurso núm. 1016/2016) que, “frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta



deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

A tal efecto, en este caso hay que destacar la ausencia de prueba, por parte de la reclamante, de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga le corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, los informes médicos de los facultativos actuantes, del perito de la aseguradora del SMS y de la Inspección Médica no han sido cuestionados por la parte actora en los sucesivos trámites de audiencia, que se le notificaron los días 16 de noviembre de 2021 y 14 de febrero de 2022, mediante la aportación de prueba suficiente para rebatir sus conclusiones técnicas. Y debe recordarse el carácter de prueba esencial que, en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional de 27 de junio de 2001, según la cual “quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial ...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”.

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 de la LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”.

**CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños alegados: Falta de acreditación.**

I.-Como señala la propuesta de resolución, las imputaciones de defectuosa asistencia sanitaria, realizadas por la reclamante, se concretan en una falta de diligencia en el diagnóstico inicial de la dolencia que sufría la paciente, una hemorragia subaracnoidea (HSA), y que “se produjo la cercenación de la posibilidad de evitar las consecuencias posteriores”. La reclamante cree que, si le hubieran realizado las pruebas pertinentes, hubiera podido tener en diagnóstico precoz y un tratamiento previo que hubiera evitado el problema que padeció y sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales.



Es evidente que las referidas imputaciones han de ser analizadas necesariamente desde la óptica de la ciencia médica, por lo que ineludiblemente debe acudir a los informes médicos y periciales que obran en el expediente. Como ya se ha dicho, siendo necesarios conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la LEC-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

La reclamante no ha traído al procedimiento un dictamen pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Y esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es a la parte actora a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la “lex artis” que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la LEC, conforme al clásico aforismo “necessitas probandi incumbit ei qui agit”.

En cualquier caso, los informes técnicos que obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada al paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis; el informe del responsable del Servicio de Neurocirugía del HCUVA, el análisis pericial que efectúa el dictamen médico de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud y, en especial, la valoración crítica recogida en el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales ponen de manifiesto que la actuación de los profesionales del servicio público de salud fue conforme a la “lex artis ad hoc”. (Teniendo en cuenta la referida sentencia del TSJ de Madrid núm. 430/2014, de 9 de junio, y que, como señala nuestro Dictamen núm. 276/2014, “este Consejo Jurídico viene señalando que <<en atención a su carácter técnico y por la especial imparcialidad y objetividad a que vienen obligados los inspectores en la valoración de los hechos y actuaciones sanitarias implicadas en el proceso asistencial del que derivan los daños (...) ha llevado a este Consejo Jurídico a dotar a este informe (Inspección Médica) de singular valor de prueba, incluso frente a las periciales de parte aportadas al procedimiento por los interesados>>”).

II.-El informe del Jefe de Sección responsable del Servicio de Neurocirugía del HCUVA (Dr. P), de 19 de diciembre de 2020, concluye que “es muy difícil realizar una hipótesis diagnóstica de las causas concretas del cuadro clínico de la paciente”, y que “en el momento actual no podemos aportar prueba contundente respecto a toda la patocronía del caso que nos ocupa, pero sí que podemos afirmar que la cadena de acontecimientos y de actuaciones por parte del Servicio de Neurocirugía ha sido la adecuada a los datos clínicos y radiológicos que en cada momento se han presentado”.

III.-El dictamen médico aportado por la Compañía Aseguradora del SMS (suscrito por el Dr. P, especialista en Neurología), de 28 de junio de 2021, señala expresamente: “En resumen, en mi opinión, en el caso de Dña. X, no pudo establecerse una sospecha diagnóstica razonable de cefalea de base orgánica el día 13 de junio de 2020, en ausencia de datos de alarma en la anamnesis y no existía una indicación para la realización de una TC craneal en esa primera visita a Urgencias. Aun considerando que se encontrara ya presente y se hubiera alcanzado el diagnóstico de HSA ese día y no 48 horas más tarde, este ‘diagnóstico precoz’ no habría conllevado un ‘tratamiento previo’ ni influido razonablemente en las consecuencias que a día de hoy le afectan. Estas consecuencias pueden ser en parte debidas a las dos complicaciones que presentó típicas de esta entidad y para las que se instauró un tratamiento adecuado, y en parte al daño cerebral difuso producido por la propia HSA, cuya prevención antes del debut (diagnóstico y embolización de la MAV antes del sangrado) en una paciente asintomática (la paciente había realizado estudio por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Santa Lucía con anterioridad por episodios paroxísticos no epilépticos que no se justifican por esta lesión) es difícil de establecer”. Dicho dictamen señala en sus conclusiones que “el tiempo transcurrido hasta alcanzar el diagnóstico desde el supuesto inicio de la clínica no influyó en la evolución de la paciente, en la que las lesiones producidas son fruto de unas complicaciones típicas de la HSA (y no solamente del posible resangrado que motivó la aparición de la clínica neurológica), y que en cualquier caso no se encontraban presentes en el momento del diagnóstico y para las que se mantuvo vigilancia estrecha y bajo el mejor tratamiento tanto médico como quirúrgico”.

IV.-El Informe de la Inspección Médica, de 25 de enero de 2022, pone de manifiesto en sus conclusiones que “la dificultad en el diagnóstico diferencial de una cefalea (primaria o secundaria), síntoma que ya padecía de forma crónica la paciente, y la difícil valoración de los cambios en la misma, la rigidez de cuello y vómitos, asociados a los antecedentes personales de dismorfia ventricular y ausencia de septum pelucidum podrían haber orientado hacia la aplicación del principio de prudencia y cautela cuya concreción hubiese sido la prescripción de un TC craneal, cuyo resultado hubiese sido importante aunque no se pueda aventurar en buena lógica, si se hubiera podido evitar o modificar la secuencia subsiguiente de los hechos acaecidos ante las varias posibilidades etiogénicas existentes”. Y añade que “la práctica asistencial recibida en centros sanitarios donde se internó a la

paciente tanto en diagnóstico, como tratamiento y seguimiento es acorde a los conocimientos actuales científicos y el consenso establecido conforme a la *lex artis* vigente”.

V.-Por lo tanto, como ha quedado acreditado en el expediente, las alegaciones de la reclamante son refutadas por los informes del Servicio de Neurocirugía del HCUVA, de la Compañía Aseguradora del SMS y de la Inspección Médica.

En definitiva, la reclamante no ha aportado valoración económica del daño que alega y no ha desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no ha probado que los facultativos que le prestaron asistencia sanitaria incurrieran en mala praxis. Por consiguiente, no puede considerarse acreditada la existencia de una actuación contraria a la “*lex artis*” y, en consecuencia, debe considerarse que no concurre la necesaria relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco puede considerarse acreditada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no advertirse la concurrencia de todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas; en particular, no concurre el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, ni concurre su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

